

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 40

INFLUENCE DE LA SYPHILIS
SUR LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES-JOSEPH-MARIE LE MER

né à Lorient (Morbihan) le 25 mars 1895



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 40

INFLUENCE DE LA SYPHILIS
SUR LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES-JOSEPH-MARIE LE MER

né à Lorient (Morbihan) le 25 mars 1895



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVÉ-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAYY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THÉVENOT (Léon)	THÉVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des fonctions.
TAVERNIER	PIÉRY	ROCHAJX	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, Président ; NICOLAS, Assesseur ;
MM. CADE et FROMENT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

*Dont la disparition prématurée voile
ma joie aujourd'hui. Le souvenir de
sa vie est pour moi un inoubliable
exemple de travail, de droiture, de
simplicité et de bonté.*

A MA MÈRE

*A qui je dois tout, je dédie ce travail.
Qu'elle veuille bien y trouver, avec
l'assurance de ma filiale tendresse,
un faible témoignage de ma recon-
naissance émue pour la bonté et la
sollicitude qu'elle m'a toujours
témoignées.*

A MON FRÈRE

*Le plus délicat des amis, dont les
qualités d'esprit et de cœur me sont
si précieuses. En témoignage de ma
sincère affection.*

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE DE MES COUSINS

LÉON DE FALLOIS

Saint-Cyrien de la promotion Montmirail (1912-14)
Chevalier de la Légion d'Honneur, décoré de la Croix de Guerre

et

ERNEST RUBAN

Décoré de la Médaille Militaire et de la Croix de Guerre

morts au champ d'honneur

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS D'ENFANCE

JEAN LE JOUBIOUX

Élève de l'École Centrale

et

HENRI MESNARD

Étudiant en droit

En gage d'affectueuse amitié.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

et notamment

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Professeur de Pathologie chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Pendant six mois, nous avons rempli les fonctions d'interne dans son service chirurgical de l'hôpital militaire de Rennes. Nous tenons à adresser à ce maître, qui fut pour nous un conseiller bienveillant, l'expression de notre respectueuse gratitude pour les services professionnels qu'il nous a rendus.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON

A MES CHEFS DE L'ÉCOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Lyon

Officier de la Légion d'Honneur

*Nous le prions d'agréer l'hommage de
notre respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de notre
thèse.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CORDIER

Agrégé de la Faculté de Médecine de Lyon

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Que nous remercions vivement de
l'intérêt qu'il daigna nous témoigner
en nous guidant dans l'élaboration
de notre travail.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552307_0062

INTRODUCTION

La guerre, avec son cortège de misères physiques et de déchéances morales, a propagé considérablement deux grands fléaux morbides de l'humanité : la Tuberculose et la Syphilis. Nous avons pensé nous intéresser à une question d'actualité, en prenant, comme sujet de notre thèse inaugurale, une étude se rapportant à ces deux infections. Des circonstances, heureuses nous y ont du reste amené naturellement.

En effet, accomplissant notre dernière année d'études à la Faculté de Médecine de Lyon, nous avons eu l'avantage, au cours de nos stages hospitaliers, d'entendre une clinique magistrale de M. le professeur Roque, à l'Hôtel-Dieu, sur les rapports de la Syphilis et de la Tuberculose.

Par la lumière nouvelle qu'elle nous donnait sur la question, cette leçon clinique décida le choix de notre sujet. Que M. le professeur Roque, qui nous fit l'honneur de l'approuver, nous permette de lui présenter ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance. Nous le remercions de l'accueil si bienveillant qu'il daigna nous accorder et des conseils dont il voulut bien nous éclairer pour la conception de ce travail.

Grâce à ses influentes recommandations, nous avons eu l'honneur de recevoir, de phtisiologues en renom, des communications sur le sujet que nous avons entrepris.

Que MM. les docteurs Sabourin, du sanatorium de Durtol, Dumarest, du sanatorium d'Hauteville, et Gimbert, de Cannes, veuillent bien agréer l'expression de notre déférente gratitude pour les bases que leur compétence daigna accorder à cette étude.

D'autre part, pendant toutes nos vacances depuis l'armistice, nous aimions à passer nos matinées dans un hôpital militaire de Tuberculeux. Sous l'égide de son médecin-traitant, M. le médecin-major Dornoy, chevalier de la légion d'honneur, qui nous a accueilli avec tant de cordialité, nous avons pu travailler utilement et étudier particulièrement plusieurs cas pathologiques où Syphilis et Tuberculose évoluaient chez le même sujet.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est donnée pour rappeler à M. Dornoy ce que nous lui devons : il a mis aimablement à notre disposition les ressources de son service et de son laboratoire ; pour la composition de ce travail, il a bien voulu nous permettre la publication d'observations inédites, prises dans son service. Qu'il soit assuré de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

ÉVOLUTION DE LA QUESTION

Sans nous arrêter à la phrase d'Ambroise Paré : « Austres demeurent asthmatiques et hectiques avec une fièvre lente et meurent tabides et desséchés », à la « phtisie vénérienne » de Morton et à l'aphorisme de Morgagni : « *Non raro in lue veneræa lædi pulmones* », nous voyons qu'avec Laënnec, Graves, Bazin, Ricord, la coexistence de la Syphilis et de la Tuberculose comportait jusqu'à nos jours un sombre pronostic. Guibout, dans ses leçons de clinique médicale, affirmait : « Entre la diathèse tuberculeuse et la diathèse syphilitique, il existe une sorte de pernicieuse affinité, en vertu de laquelle, une fois qu'elles se sont associées l'une à l'autre, il en résulte une allure spéciale, maligne, réfractaire à tout traitement. » Les thèses de Jacquinet, de Stieffel et, plus récemment, de Mansion, soutiennent cette conclusion.

De nos jours, une atténuation fut apportée à l'absolutisme d'un pronostic mortel pour la Syphilo-Tuberculose. Fournier écrit : « Cette réaction nocive de la Tuberculose et de la Syphilis n'est pas absolument constante et fatale. J'ai vu plusieurs fois des Syphilis — traitées, il est vrai — rester moyennes ou même bénignes chez des sujets entâchés de Tuberculose. J'ai vu des sujets, incontestablement

blement phtisiques, contracter la Syphilis et ne pas lui payer une plus lourde dette que des sujets bien portants. » Landouzy admet une exception d'espèce : « Tout autres m'ont paru les choses quand il s'agit d'un ancien syphilitique qui contracte la Tuberculose. Les malades, ressortissants à cette variété d'association morbide, m'ont paru — dans une dizaine de cas au moins — faire une tuberculose particulière, tuberculose qui s'affirmait au point de vue anatomo-pathologique : fibreuse, et, au point de vue évolution : lente, torpide, apyrétique, non diffuente... Les syphilitiques répondent à la Tuberculose en sclérogénisants qu'ils sont. »

Sergent enfin, à la suite de travaux célèbres, a émis des conclusions optimistes quant au pronostic de la Syphilo-Tuberculose. Dans son ouvrage « Syphilis et Tuberculose », d'une documentation remarquable, il prétend que cette association pathologique n'a pas toujours le fâcheux pronostic qu'on lui avait attribué. Se plaçant sur le terrain exclusivement clinique, il conclut que, si la Tuberculose peut, dans certaines conditions, évoluer favorablement chez l'individu infecté par le tréponème, inversement « par suite de l'action sclérosante de la Syphilis, il n'est peut-être pas désavantageux pour un tuberculeux de devenir syphilitique ». En résumé, que la tuberculisation soit antérieure ou postérieure à la syphilisation, le pronostic serait heureux, sous restrictions d'un terrain propice et d'un traitement approprié. De nos jours, des compétences, telles que le Professeur Roque, de Lyon, Dumarest, d'Hauteville, Sabourin, de Durtol, semblent approuver le point de vue de Sergent.

On voit donc l'évolution considérable qui s'est produite au sujet du pronostic de l'association morbide Syphilis-Tuberculose, depuis l'époque où un maître annonçait que le plus grand malheur, qui puisse arriver à un syphilitique, était de devenir tuberculeux et le jour où, en conclusion de faits cliniques, Sergent pouvait écrire : « Ce n'est pas la Syphilis qui aggrave la Tuberculose, c'est la Syphilis non traitée ou mal soignée. Bien au contraire, il n'est pas rare de voir la Syphilis bien traitée favoriser la guérison de la Tuberculose. »

C'est à cette conclusion que nous voulons aboutir et pour ce nous nous efforcerons de sérier les problèmes qui se posent dans cette question des rapports de la Syphilis et de la Tuberculose pulmonaire. En effet, si ces rapports sont de notion courante au point de vue de la simple coexistence de la Syphilis et de la Tuberculose chez le même individu, il surgit des divergences complexes lorsqu'on arrive à l'interprétation. Diverses façons de concevoir la Syphilo-Tuberculose se présentent en effet :

1° La Syphilis et la Tuberculose peuvent se juxtaposer chez le même individu, mais sans contracter de corrélation entre elles : les deux maladies évolueraient parallèlement, sans plus. Cette théorie semble ne plus avoir de valeur actuelle.

2° La Syphilis et la Tuberculose — quel que soit leur ordre d'apparition chez l'individu — entrent en corrélation, mais d'une façon banale, l'une des affections venant aggraver l'autre, parfois les deux affections s'aggravant mutuellement. Dans ce cas, elles se donnent un coup de fouet réciproque par leur action sur un orga-

nisme plus ou moins affaibli, mais sans que l'une des maladies agisse sur l'autre d'une façon spéciale pour modifier son évolution clinique, pour lui donner un cachet original.

3° Il y a combinaison, symbiose des deux affections : c'est l'hybridité

Si nous envisageons ces trois conceptions, en nous plaçant sur le terrain de la Tuberculose pulmonaire, nous pouvons donc envisager :

1° Le cas d'un tuberculeux, devenant syphilitique, dont la tuberculose ne sera pas modifiée.

2° Le cas d'un tuberculeux-syphilitique, dont la tuberculose sera aggravée, accélérée, mais sans que les lésions pulmonaires — et d'une façon générale, son évolution — soit modifiée dans sa physionomie habituelle.

3° Le cas d'un tuberculeux-syphilitique, qui, du fait de cette symbiose morbide, va faire un type clinique tout à fait spécial.

Mais nous devons aussi envisager le fait d'un malade qui a de la syphilis pulmonaire. Le problème devient alors plus délicat. Bien que ce ne soit pas le cas que nous voulions traiter dans cette étude, nous sommes obligés d'en tenir compte parce que ne pas considérer cette éventualité dans toutes ses conséquences pourrait nous exposer à des objections.

Là encore, il faut considérer :

1° Un syphilitique pulmonaire, qui a fait de la Tuberculose, et les deux maladies évoluant sans rapports : ce qui paraît invraisemblable.

2° Une syphilis pulmonaire, greffée sur une Tuberculose — et c'est un cas fréquent — bronchectasie avec

bacilloscopie positive. Dans ce cas, il peut y avoir seulement aggravation, accélération, complication.

3° Enfin l'hybridité.

En dépouillant toutes ces éventualités, nous arrivons à ces quatre hypothèses :

1° Une syphilis et une tuberculose évoluant sans rapports.

2° Une Tuberculose, chez un syphilitique, seulement aggravée par la coïncidence.

3° Une syphilis pulmonaire, se compliquant de Tuberculose et seulement aggravée par la complication — question dont nous ne nous occuperons pas.

4° Une hybridité syphilo-tuberculeuse.

Comme, d'autre part, nous ne voulons envisager surtout, dans notre étude, que la question de la Tuberculose pulmonaire évoluant chez un syphilitique — ancien ou acquis — en ne faisant qu'effleurer volontairement le cas de la Syphilis venant se greffer sur la Tuberculose, on voit donc que tout le problème se résoud aux points suivants :

A) Chez un tuberculeux, l'acquisition d'une Syphilis va-t-elle modifier l'évolution de la première infection ?

B) Inversement, la Syphilis prépare-t-elle le terrain, « le lit » à la Tuberculose et comment le fait-elle ?

Le premier point sera intéressant pour montrer que les deux maladies ne peuvent pas être indifférentes. Mais, en réalité, c'est tout ce que cela pourra nous démontrer, car la Syphilis n'a pas le temps alors de créer un hybride. Toutefois, elle aura le délai de donner son coup de griffe au terrain tuberculeux et déjà nous pourrons voir que le terrain tuberculeux et le terrain

syphilitique ont plus de rapports qu'on ne le pense parfois, puisqu'en traitant le second, on améliore le premier, qui échappe à notre action thérapeutique.

Le 2^e point, découlant partiellement du premier, sera l'objet d'une étude plus détaillée. Nous chercherons comment le terrain syphilitique prépare, modifie ou entrave le développement du terrain tuberculeux. De plus, nous envisagerons toutes les étapes suivant que la Syphilis est fraîche, ancienne, héréditaire immédiate ou héréditaire à plusieurs générations.

En résumé, nos chapitres seront :

I. — Modifications du terrain tuberculeux et de l'évolution tuberculeuse par l'éclosion d'une Syphilis.

II. — Préparation du terrain tuberculeux par une Syphilis récente.

III. — Préparation du terrain tuberculeux par une Syphilis ancienne.

IV. — Préparation du terrain tuberculeux par une Syphilis héréditaire.

V. — Préparation du terrain tuberculeux par une Syphilis ancestrale.

CHAPITRE I

MODIFICATIONS DU TERRAIN TUBERCULEUX ET DE L'ÉVOLUTION TUBERCULEUSE PAR L'ÉCLOSION D'UNE SYPHILIS.

Si le fait d'être tuberculeux semble prémunir, dans une certaine mesure, contre l'infection syphilitique, à cause des précautions qu'un phtisique, soucieux de ne pas aggraver son état, doit prendre en principe, il n'en est pas moins vrai que la Syphilis peut fort bien venir se greffer sur une Tuberculose préexistante. Cela est une réalité clinique, sinon fréquente, du moins suffisamment observée pour détruire une théorie, émise il y a quelques années, et d'après laquelle la tuberculose, comme la serofule, serait une manifestation tardive et abâtardie de la Syphilis, un genre du tertiarisme.

Lorsqu'un tuberculeux contracte la Syphilis, son organisme accuse le choc de l'infection surajoutée par une poussée aiguë momentanée du côté de ses lésions bacillaires. A priori, il semble que le pronostic doive être assombri du fait de l'infection intercurrente, et jusqu'à ces dernières années, en effet, ce pronostic implacable était l'opinion classique générale. Il est certain que bien souvent la Syphilis est une circonstance aggravante

pour la Tuberculose sur laquelle elle vient se greffer : l'évolution tuberculeuse est alors précipitée, l'infection surajoutée donnant le coup de fouet mortel.

A la vérité, l'avenir du tuberculeux syphilitisé n'est pas toujours aussi sombre — tant s'en faut ! Il importe, en effet, avant de poser les bases du pronostic, de tenir compte de l'état du terrain tuberculeux sur lequel vient s'implanter le tréponème et du degré de virulence de l'infection syphilitique. Si ce terrain est ravagé par le processus bacillaire, entraînant une débilité extrême de l'organisme, il est hors de doute qu'un surcroît d'infection sera le plus souvent le signal d'une aggravation fatale : un malade, rongé par les effets de la consomption, ne saurait tenir tête à l'attaque d'une seconde infection. Il en sera de même si, avec des dommages locaux modérés, le terrain est très affaibli, très « intoxiné » du fait d'une virulence spéciale du bacille de Koch. Dans tous ces cas, nous devons reconnaître que le pronostic de la Syphilo-Tuberculose est toujours grave, sinon mortel.

Toute autre nous semble la conclusion quand le terrain tuberculeux est encore à même de faire les frais d'une réaction contre le tréponème qui l'assaille. On peut comparer ce choc des deux infections à une lutte entre le terrain et le tréponème. Le choc sera d'autant moins violent que le terrain sera plus fort et l'infection syphilitique de moindre virulence. Sa traduction clinique sera parfois bornée à l'ascension de quelques dixièmes au thermomètre dans les cas heureux. Sergent a comparé ce choc initial à un cap à doubler : « La résistance vitale, déjà ébranlée, peut sombrer, mais si elle échappe au

tourbillon du courant qui l'entraîne, si elle double le cap, elle n'en h'offrira vraisemblablement que plus de garanties pour l'avenir. » (in « Syphilis et Tuberculose »). Quant au degré de virulence du tréponème, il est évidemment en rapport avec l'intensité des accidents syphilitiques, mais il peut être, à coup sûr, modifié heureusement par le traitement spécifique.

C'est dans cette notion du traitement spécifique qu'apparaît toute l'importance de la modification du terrain tuberculeux avec sa répercussion favorable sur l'évolution du processus bacillaire, car il est de constatation fréquente que ce traitement spécifique reste actif en pareils cas et qu'il ne se borne pas à faire disparaître les lésions syphilitiques ajoutées : il enraye les poussées congestives tuberculeuses ou para-tuberculeuses et, le traitement terminé, le malade se retrouve dans une situation identique à celle qu'il avait avant l'éclosion de la Syphilis. Bien plus, si paradoxal que cela puisse paraître, l'état du tuberculeux est parfois meilleur et les lésions bacillaires semblent avoir leur manifestation enrayée à un tel point que, dans un cas que nous allons rapporter, le malade à bacilloscopie franchement positive, n'était plus bacillifère après un an de traitement.

OBSERVATION I

(inédite, due au docteur Dornoy)

Sergent B..., 25 ans, n° d'infanterie.

Antécédents héréditaires : Mère atteinte de pleurésie récidivante.

Antécédents personnels : Rhumes fréquents dans l'enfance. Bronchite en décembre 1914. Deux blessures de guerre.

Histoire de la maladie : En novembre 1916, évacué sur le Centre hospitalier de Pont-Saint-Maxence (Oise) pour pleurésie sèche. Traité pendant six semaines, deux mois de convalescence. Reprend son service au front jusqu'au 22 décembre 1918 : nouvelle évacuation sur Saint-Avold (Lorraine), où il est traité un mois pour bronchite grippale. Reconnu porteur de bacilles de Koch, il entre alors à l'hôpital, où nous l'avons suivi (fin juillet 1919).

Examen du malade : La recherche du bacille de Koch est positive, le 3 août 1919 (5 par champ environ). Les sueurs nocturnes sont profuses, les diurnes marquées. Inappétence complète avec diarrhée. La dyspnée apparaît au moindre effort, le malade souffre de céphalées presque continues. Depuis 2 mois, il a présenté deux hémoptysies, de la valeur de deux grands verres. La courbe thermique indique une hyperthermie, oscillant vers 39°. L'amaigrissement est très marqué, le malade pesant 48 kilos pour une taille de 1 m. 65, contre un poids moyen précédent de 60 kilos. On note de l'éréthisme cardiaque avec tachycardie (100 pulsations à la minute) sans lésions orificielles. Au point de vue psychique, le malade est un grand déprimé et un neurasthénique. Etat d'anémie prononcé : 3.800.000 globules rouges. Hémoglobinomètre de Gowers : 70 %. Pression artérielle (Pachon) : Mx 13, Mn 8. L'examen stéthoscopique révèle (début d'août 1919) :

<i>Poumon droit</i>	<i>Poumon gauche</i>
Sus-claviculaire : respiration diminuée ; inspiration rude avec craquements.	Inspiration rude ; expiration prolongée.
Sous-claviculaire : S — R — Inspiration rude avec craquements et pectoriloquie aphone.	S — Inspiration rude ; expiration prolongée ; pectoriloquie aphone légère.
Zone d'alarme : S — V + R — Inspiration rude avec craquements abondants. Pectoriloquie aphone.	S — Inspiration rude, frottements.
Hile . Inspiration rude. Expiration prolongée avec craquements ; quelques frottements.	Normal.
Base . S — V +. Inspiration rude ; râles sous-crépitants fins.	Normal.

Conclusion : Infiltration des 2/3 du poumon droit au niveau de la zone d'alarme et du hile avec bronchite congestive de la base et pleurite du hile. Induration du 1/3 supérieur du poumon gauche avec pleurite.

L'examen radioscopique révèle de l'emphysème pulmonaire double, une pommelure très accusée du poumon droit dans ses 2/3 supérieurs. Le sommet gauche s'éclaire mal à la toux-adénopathie trachéo-bronchique. Cul de sac diaphragmatique droit non libre ; le sinus ne fonctionne pas ; pas de liquide.

Le malade, quinze jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers la mi-août 1919, présentait une roséole typique et avouait avoir contracté un chancre induré de la verge qui fut identifié près du méat et était apparu vers le 20 juillet après un coït datant de 35 jours. L'analyse d'urine ne décelez pas d'albumine. La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive le 22 août 1919. Le malade est soumis aussitôt à un traitement spécifique qui prit fin le 1^{er} octobre 1919 et qui

comprit les injections intra-veineuses de 914 (néoarséno-benzol Billon) à doses progressives : 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.90, 0.90, 0.90 : au total huit injections en six semaines. Outre la disparition du chancre et de la roséole, nous étions frappés par l'état d'euphorie du malade, qui avouait un sommeil normal, une sensation de repos et de mieux-être, l'apparition d'un appétit moyen : état qui contrastait vivement avec l'état de dépression noté fin juillet. Le poids remontait progressivement à 52, 54, 56 et 57 kilos en 4 mois : décembre 1919. Les sueurs nocturnes disparaissaient et le malade éprouvait une telle amélioration qu'il demanda à quitter l'hôpital. Son désir fut rejeté et, après une interruption du traitement spécifique pendant le mois d'octobre, novembre fut consacré à 12 injections intra-veineuses de cyanure de mercure (1 centigramme chacune). Repos en décembre. En janvier 1920, reprise d'une série de 914, dans les mêmes conditions que précédemment. Aucune réaction ne fut notée pendant ce traitement. En mars 1920, l'examen sthétoscopique des poumons révélait :

<i>Poumon droit</i>	<i>Poumon gauche</i>
Sus-claviculaire : Respiration soufflante.	Respiration soufflante.
Sous-claviculaire : S normale ; respiration soufflante.	} Normal.
Hile : Frottements.	
Zone d'alarme : Respiration soufflante.	
Base : S — ; quelques frottements.	

Pouls : 78 à la minute. Pression artérielle au Riva-Rocci : Mx = 13, Mn = 9.

Lé 20 novembre 1919, l'examen bactériologique des crachats indique peu de bacilles (1 par champ environ). Le 10 février 1920, l'examen direct est négatif ; l'homogénéisation révèle quelques rares bacilles. Fin juin 1920, l'examen direct et par l'homogénéisation restent négatifs. Le malade a vu son état s'améliorer

d'une façon continue. Son poids est de 62 kilos, le pouls à 80 et la température constante entre 36° 7 et 37° 4. L'hématimètre de Malassez indique 4.900.000 globules rouges et l'hémoglobini-mètre de Gowers 90 %. Tous les signes toxhémiques du début ont disparu. Le résultat de l'auscultation est sensiblement le même qu'en mars 1920. En résumé, ce malade, dont l'affection tuberculeuse semble remonter à 1916, fait en juillet 1919 une infection syphilitique. A la suite d'un premier traitement spécifique, on note une amélioration très nette de l'état général et assez sensible de l'état local. Après une 2^e série de traitement, on note la persistance du bon état général et un changement profond de l'état local pulmonaire. Tous les symptômes de ramolissement ont disparu au cours des auscultations les plus attentives : il reste de la condensation pulmonaire double. *Le fait capital est que les bacilles de Koch abondants en juillet 1919, devenus rares ensuite, ont complètement disparu en juin 1920.*

Dans cette observation apparaît, à notre sens, avec netteté, le rôle que peut jouer l'éclosion d'une Syphilis, lorsqu'elle survient dans un terrain tuberculeux résistant et qu'un traitement spécifique énergique se fait l'allié de ce terrain en luttant contre l'infection tréponémique intercurrente. /

La conclusion est aussi probante dans le cas suivant que M. le Docteur Sabourin nous a fait l'honneur de nous communiquer.

OBSERVATION II

(résumée)

Un jeune homme porte une pleuro-pneumonie nécrosante s/scissurale gauche, avec grande pleurésie membraneuse, recouvrant le lobe inférieur, lésion tout à fait banale. Le malade est encore subfébrile. Bien qu'un peu buveur, il conserve bonne apparence. Il prend un chancre dans la suite, chancre bénin, méconnu, qui guérit rapidement. Il continue à soigner son poumon dont la lésion ne paraît subir aucune influence du fait de l'infection nouvelle. Quelques semaines plus tard, il est atteint de roséole typique très étendue : le thermomètre accuse quelques dixièmes de plus. En même temps, la pleurite, qui recouvre le lobe inférieur, de même que la bande scissurale, redeviennent très humides, soufflantes, chantantes à la voix. Le traitement spécifique est institué aussitôt. Le pseudo-épanchement régresse rapidement et, après la disparition de la roséole, la lésion pulmonaire reprend son aspect habituel, avec, de plus, une marche accentuée vers la guérison, qui s'annonce progressivement et s'effectue d'ailleurs parfaitement.

Dans cet autre cas, où le terrain tuberculeux semble encore peu ravagé par le bacille de Koch, on peut suivre les modifications apportées à ce terrain par l'apparition du tréponème dans l'organisme. Pendant toute la durée de l'infection générale, qui caractérise la période secondaire, la Tuberculose se réveille et accuse ainsi le choc de l'infection intercurrente. Puis, lorsque l'étape dangereuse est franchie, sous l'influence du traitement spécifique, le malade arrive à cicatriser définitivement sa

lésion. Après une action nettement défavorable au début, la Syphilis a ensuite favorisé l'enkystement des tubercules — semble-t-il — et ce, explique Sergent, « par un processus de sclérose, analogue à celui qui caractérise la tuberculose des vieux syphilitiques, » que nous exposerons plus tard et où apparaît cette action sclérosante indiscutée de la Syphilis, appliquée aux lésions tuberculeuses pulmonaires.

Il semble donc inexact de vouloir assombrir systématiquement le pronostic en l'occurrence d'une Syphilis venant compliquer une Tuberculose.

Nous apporterons à cette idée une dernière preuve dont nous avons été témoin.

OBSERVATION III

(inédite, due au docteur Dornoy)

L... P..., 34 ans.

Au front, en novembre 1917, est pris la nuit d'un point de côté tellement violent, que, reposant sur une couchette, il croit qu'une pointe l'a blessé. Le lendemain, il se rend à la visite d'un médecin qui, sans examen sthétoscopique, lui prescrit seulement de l'aspirine, ayant conclu à une névralgie intercostale (!). Après 15 jours de repos, il reprend partiellement son service. Depuis lors, il ne cesse de faire de la révulsion locale et de prendre des salicylés.

En 1919, en pays Rhénans, il contracte une Syphilis bien caractérisée mais n'est pas évacué sur sa demande. Il prend quelques comprimés de protoïodure et subit des frictions mercurielles. Quelques mois plus tard, en décembre 1919, il entre

à l'hôpital, où nous l'avons vu, avec une température oscillant entre 37°8 et 38°2 (au repos). On note : amaigrissement, toux fréquente, expectoration purulente, pleurodynie de la base gauche. Parésie marquée des membres gauches, réflexes diminués de ce côté, normaux à droite. Pas de participation de la face, ni de la parole. Bacilloscopie franchement positive à l'examen direct au Zielh.

A l'auscultation, on relève, au niveau du lobe inférieur du poumon gauche : sonorité exagérée, tympanique, vibrations abolies, murmure vésiculaire complètement disparu ; il s'agit d'un pneumothorax pur, sans signes hydriques. Au sommet gauche : matité, vibrations exagérées, inspiration rude, expiration soufflante et prolongée, quelques râles humides très fins inspiratoires au niveau de la zone d'alarme. A droite, rien de très notable, sauf un peu d'emphysème de compensation.

A la radioscopie, au niveau de l'hémithorax gauche, dans sa moitié inférieure, on aperçoit une zone claire avec décollement pulmonaire incomplet de son lobe inférieur. Le moignon pulmonaire respire faiblement et présente des mouvements systoliques. Dextrocardie très nette. Au sommet, grandes tâches ombrées et noyaux crétacés confluents. Pas de liquides. La coupole diaphragmatique gauche est refoulée, le sinus est effacé de ce côté. Mouvement de bascule très net. Ombre médiastinale volumineuse déplacée à droite.

Le traitement de ce malade a compris, en 5 mois, 8 injections intraveineuses de 914, aux doses progressives habituelles et 20 injections de cyanure de mercure à 0 gramme 01. A la fin du traitement, la parésie des membres est en voie de résolution : les mouvements de mains et des jambes s'accomplissent mieux, la force de préhension revient. Les signes pulmonaires au niveau du sommet gauche sont réduits à une diminution du murmure vésiculaire, pas de râles humides ; le pneumothorax ne s'est pas modifié.

L'examen des crachats, pratiqué à différentes reprises les mois derniers, est toujours resté négatif. L'appétit, les forces et le poids sont revenus, la température est normale.

En conclusion, il s'agit d'une Tuberculose du poumon gauche avec pneumothorax spontané chez un malade ultérieurement infecté par une Syphilis.

Après traitement spécifique, amélioration clinique très nette au double point de vue de l'infection syphilitique et de l'infection tuberculeuse.

Tous ces cas heureux, ou il s'agit soit de tuberculeux débutants soit de tuberculeux torpides, en règle générale de tuberculeux à terrains satisfaisants, viennent prouver que la Syphilis n'emmène pas toujours vers la consommation définitive les tuberculeux chez qui elle vient compliquer la situation. Si le terrain résiste au tumulte d'installation de la Syphilis il bénéficiera du traitement apporté contre le tréponème et l'organisme réagira vite vers l'amélioration, sinon vers la guérison, dont il est toujours délicat de parler en matière de Tuberculose. *Nous ne prétendons pas pour cela qu'un tuberculeux doive souhaiter la vérole dans le but de s'améliorer*, mais, à l'encontre du pronostic fatal qui fut la règle d'autrefois, nous croyons, après Sergent, qu'« une Syphilis bien traitée favorise la guérison de la Tuberculose », grâce au traitement spécifique dont l'action s'étend au terrain tuberculeux qu'il améliore.

CHAPITRE II

PRÉPARATION DU TERRAIN TUBERCULEUX PAR UNE SYPHILIS RÉCENTE

L'infection tréponémique crée indubitablement une prédisposition importante pour l'éclosion du bacille de Koch. Par l'atteinte profonde que la Syphilis porte à l'organisme, par le « branle-bas » qu'elle provoque et que Ricord qualifie « capable de réveiller toutes les diathèses en puissance », par l'imprégnation humorale qu'elle semble engendrer à jamais, il est certain qu'elle diminue la résistance de l'individu contre les attaques du bacille tuberculeux, qu'elle entr'ouvre ainsi le terrain à la graine de la phtisie, et Sergent affirme que « bien souvent la Tuberculose n'est qu'une conséquence plus ou moins éloignée de la Syphilis ».

Négligeant la tuberculisation des syphilitiques par le mécanisme d'inoculations bacillaires au niveau d'ulcérations spécifiques, nous n'envisagerons que la pathogénie, plus fréquente, où cette tuberculisation paraît dépendre de la préparation du terrain tuberculeux par le spirochète, la Syphilis constituant, d'après Sergent, « un terrain spécial d'évolution pour la tuberculisation, »

terrain dont les modifications seront en rapport avec le point d'évolution du processus tréponémique.

Quand la Tuberculose s'installe au milieu du tumulte de la période initiale de la Syphilis, Sergent estime que la phtisie revêt une forme suraiguë et comporte le pronostic le plus grave. L'organisme, en effet, est trop profondément bouleversé à cette période, sa réceptivité vis-à-vis du bacille de Koch semble trop grande pour que la lutte entre l'infection intercurrente et le terrain préexistant se termine en faveur de l'individu. Le sujet, amoindri par les ravages de l'infection syphilitique que vient renforcer l'atteinte tuberculeuse, déclinera précocement sans pouvoir réagir et il ne sera pas rare de le voir succomber, en quelques semaines, aux progrès d'une phtisie galopante.

Néanmoins Sergent admet que parfois un traitement spécifique, énergique et vite institué, peut modifier le terrain pour le bacille tuberculeux. Après le choc initial, la phtisie peut même rétrocéder ou, tout au moins, affecter une allure torpide, qui permettra à l'individu d'atteindre les périodes plus éloignées de la Syphilis et les bienfaits de son action sclérosante.

MM. Roque et Garel ont, à cet égard, une opinion différente, basée sur les faits suivants : ils avaient été frappés, dans la période secondaire de la Syphilis, de la fréquence des symptômes pulmonaires, se manifestant par des signes de congestion des sommets, quelquefois avec hémoptysies discrètes, points de côté erratiques, température peu élevée, ne dépassant guère 38°, mais avec un amaigrissement rapide et accentué. Leur première idée avait été qu'il s'agissait de manifestations

de Syphilis pulmonaire et ils avaient une tendance à admettre qu'il existait une Syphilis pulmonaire secondaire, car, dès l'institution d'un traitement spécifique, ils assistaient à une amélioration d'une rapidité surprenante, avec disparition complète des accidents pulmonaires et des altérations concomitantes de l'état général. Sur une série de douze jeunes gens, qui avaient présenté ces signes suspects au début de la période secondaire de la Syphilis, ils ont trouvé d'une façon constante le séro-diagnostic d'Arloing et de Courmont nettement positif, et ont eu, dans tous les cas, des résultats positifs par l'ophtalmo ou la cuti-réaction. Il paraît donc indubitable qu'il s'agit de poussées tuberculeuses, qui se font à la période secondaire de la Syphilis, à la faveur de l'imprégnation syphilitique et des modifications de terrain. Il est non moins certain que, dans tous les cas envisagés par ces auteurs, il s'est agi de tuberculose discrète, naissant sur un terrain syphilitique et facilement enrayée par le traitement spécifique.

Sergent a envisagé, à la période secondaire de la Syphilis, des tuberculoses aiguës, fébriles, évolutives. De cette conception découle la gravité du pronostic. MM. Roque et Garel ont vu des formes d'une fréquence clinique plus grande : celles où il s'agissait de tuberculoses non fébriles à évolution presque latente, qui guérissent de façon constante par le traitement spécifique, tuberculoses passant même parfois inaperçues et dont le pronostic est par conséquent éminemment favorable.

Dans cette étude de la préparation du terrain tuberculeux par une Syphilis récente, on peut situer,

croions-nous, le cas où la tuberculisation se fait, non plus au stade d'intoxication massive de la Syphilis à ses débuts, mais immédiatement après, dans une période intermédiaire entre le secondarisme proprement dit et le tertiarisme confirmé. A cette époque, le terrain tuberculeux semble tout préparé ; à la suite du « grand branle-bas » qu'a provoqué le tréponème, l'organisme présente la meilleure réceptivité à l'infection bacillaire. En fait, la tuberculisation se fait souvent, soit par suite d'une vérole insuffisamment traitée ou d'une virulence spéciale qui terrasse la résistance de l'individu, soit à la suite d'excès alcooliques ou autres dont le syphilitique peut avoir l'habitude. Pour Sergent, ces tuberculoses, survenant à ce moment, sont beaucoup moins malignes que la tuberculisation des périodes tout à fait initiales et, en tous cas, peuvent être efficacement combattues par le traitement spécifique. On peut comparer ces cas à celui du tuberculeux devenu syphilitique : c'est le même coup de fouet donné par la Syphilis récente à la Tuberculose, mais, après le choc initial, ce peut être aussi la même accalmie et, à ce sujet, Sergent écrit : « Je ne puis m'empêcher de songer à la possibilité d'une action frénatrice de la Syphilis, parvenue à une étape plus avancée de son évolution, sur la tuberculose qu'elle a tout d'abord favorisée. »

A l'appui de cette idée, nous reproduisons une observation, que nous avons prise dans le service de M. le professeur Roque, à l'Hôtel-Dieu :

OBSERVATION IV

G..., 21 ans, sujet serbe.

Entre à l'hôpital pour toux, dyspnée, point de côté à gauche.

Antécédents héréditaires : Père tué à la guerre balkanique à 48 ans. Mère vivante et très bien portante. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Santé habituelle excellente. Arrivé en France depuis 3 ans pour faire ses études de médecine. Le malade affirme n'avoir jamais toussé jusqu'à ces derniers mois (septembre 1919). A cette époque, il ressent quelques douleurs fixes vers la pointe de l'omoplate gauche et commence à tousser, malaises qu'il qualifie de « congestion pulmonaire » et pour lesquels il ne consulte pas. Les premiers accidents sont survenus pendant un voyage de Serbie en France. Il doit se reposer, ayant perdu plusieurs kilos, souffrant beaucoup du côté gauche et la toux s'étant installée d'une façon définitive. Il n'a jamais eu d'hémoptysies. Il nie la spécificité et l'éthylisme.

Examen du malade : Jeune homme de musculature moyenne, de bonne taille, au faciès coloré, mais aux yeux brillants. Température à l'entrée : 38°. Il a, la nuit, des sueurs très abondantes et ne se plaint par ailleurs que d'un léger point de côté. La toux fréquente est grasse, non douloureuse, accompagnée d'expectoration purulente.

Examen stéthoscopique : Normal pour le poumon droit.

Poumon gauche : *Au sommet*, en arrière : submatité peu marquée, vibrations vocales assez nettement exagérées. Reten

tissement de la voix et de la toux. Gros râles humides couvrant l'inspiration qui se termine par des bruits secs en cuir râpé. Expiration à gros râles humides. Tous ces symptômes s'exagèrent avec la toux. Tous les râles ont leur maximum au sommet, mais s'étendent jusqu'à la pointe de l'omoplate où ils sont plus discrets. — En avant : mêmes signes d'auscultation. La submatité y semble plus accentuée.

A la base : la respiration est un peu moins bien entendue que du côté opposé ; elle est un peu rude, mais pas de bruits adventices, même après les plus grandes inspirations.

Sous l'aisselle : quelques râles humides, sibilances et bruits secs.

Examen des réflexes : Rotuliens : un peu exagérés des deux côtés.

Pupillaires : normaux à la lumière et à l'accommodation.

Examen bactériologique : très nombreux bacilles de Koch.

Le 3 janvier 1920, le malade est pris d'une dyspnée intense, qui s'accroît chaque jour. Il est légèrement violacé. Ponction qui ramène 900 gr. de liquide citrin.

Le 12 janvier, nouvelle ponction qui donne un liquide franchement hémorragique : 1.500 gr. environ.

Deux pneumothorax artificiels en janvier.

En mars 1920, le malade finit par avouer qu'il a contracté la syphilis il y a un an. Cet aveu est déterminé par une clinique magistrale du professeur Roque sur les rapports de la syphilis et de la tuberculose et sur les résultats favorables obtenus en pareil cas par le traitement spécifique, clinique dont les échos sont parvenus au malade.

Aussitôt une série d'injections de néo-Salvarsan est entreprise. On pratique 6 injections intra-veineuses progressives de 0,15 à 0,90. En mai 1920 on note une amélioration manifeste de l'état général ; les signes pulmonaires sont un peu atténués.

Période d'apyrexie complète. Le malade a repris de l'embonpoint, un teint rosé et son état est tellement amélioré qu'il lui est permis de faire des promenades, alors que le mois précédent encore son état inspirait de très grosses inquiétudes au point de vue du pronostic immédiat. On ne se résolvait qu'à contre-cœur aux deux ponctions pleurales évacuatrices mentionnées. Le liquide hémorragique de la 2^e ponction précisait ces inquiétudes.

En juillet 1920 le malade, en pleine convalescence, quitte le service Roque pour le château du Montet à Saint-Genis-Laval.

L'histoire clinique de ce malade se termine trop vite pour qu'il soit possible de conclure énergiquement. Néanmoins cet exemple montre que la Syphilis récente est loin d'exercer sur la Tuberculose l'influence néfaste qu'on lui attribuait souvent. Il paraît vraisemblable que chez ce jeune homme, à antécédents nets, la Syphilis a préparé le terrain pour la Tuberculose, mais cette préparation s'est faite en sourdine, sans fracas. Après un choc initial inévitable, qui a fait baisser assez fortement l'état général du malade, le traitement spécifique a eu une action nette sur le terrain tuberculeux, puisque l'amélioration pulmonaire et générale s'est manifestée dès l'institution de ce traitement. Peut-être l'organisme, remis du choc de la syphilisation initiale présentait-il un état humoral voisin de celui des périodes lointaines de la Syphilis, lequel, ainsi que nous le constaterons, oriente la Tuberculose vers la sclérose de guérison.

CHAPITRE III

PRÉPARATION DU TERRAIN TUBERCULEUX PAR UNE SYPHILIS ANCIENNE

A mesure qu'un organisme s'approche de la période tertiaire de la Syphilis, l'équilibre normal de ses fonctions tend à se rétablir. Après les frais de la lutte réactionnelle contre l'infection massive, il se ressaisit en quelque sorte et les conditions de sa réceptivité vis-à-vis de la tuberculose sont différentes. En effet, le tréponème n'étant plus en activité, l'organisme a pu retrouver sa résistance presque totale mais il reste imprégné d'un état humoral spécial que Sergent a appelé le « terrain syphilitique », imprégnation latente de l'organisme, en vertu de laquelle l'immunité est acquise vis de la réinfection syphilitique mais qui crée, d'après cet auteur, « un état de réceptivité toute spéciale vis-à-vis des chances de contamination tuberculeuse ». Il est certain que l'éclosion de la phtisie est fréquente au stade du tertiarisme. Miraillé, de Nantes, a fait justement observer que la Tuberculose se rencontrait plus souvent chez les tabétiques que chez les névropathes non syphilitiques. C'est qu'en effet, « la Syphilis semble une source incontestable de dégénération de l'espèce et une source non moins incontestable de phtisie. » (Sergent).

Dans cette étude de l'éclosion de la tuberculose à la période tertiaire de la Syphilis, il y a lieu de distinguer deux ordres de faits suivant que le syphilitique présente ou ne présente pas de lésions en évolution.

I. — Dans la longue série des accidents tertiaires que peut subir un syphilitique, les gommes du poumon tiennent une place importante. Le malade est alors en pleine évolution de syphilis pulmonaire, dont la symptomatologie et le processus rappellent du reste la Tuberculose avec toutes ses modalités cliniques. Cette dernière, d'autre part, vient la compliquer assez souvent : la gomme pulmonaire devenue secondairement tuberculeuse n'est plus considérée comme une trouvaille d'autopsie et le professeur Fournier estime, à ce propos, que le tissu gommeux constitue un milieu éminemment propice à la germination du bacille de Koch. Dans ces conditions, on se trouve en présence d'une hybridité, qui revêt le plus souvent la forme ulcéro-caséreuse, quelquefois avec suppuration. L'autopsie a montré fréquemment la présence du bacille de Koch dans les gommes ; elle permet de constater des cavernes à sièges anormaux : à la base ou dans l'aisselle. Quelquefois aussi il s'agit de dilatations bronchiques, signature bien nette de la Syphilis tertiaire, au point que le professeur Tripiier estimait que toute bronchectasie était spécifique. Enfin l'hybridité présente encore des nappes de sclérose diffuse dont l'édification est conditionnée à la fois par le spirochète et par le bacille de Koch. Nous reproduisons deux observations de cette hybridité que nous avons prises dans le service de M. le professeur Roque :

OBSERVATION V

X. . . , 61 ans, ménagère, salle Saint-Roch, lit 9.

La malade n'a pas d'antécédents héréditaires. Mariée, a eu trois fausses couches. Elle nie la Syphilis, mais a un Wassermann positif. Depuis 18 mois, elle a des poussées de bronchite chronique pour lesquelles elle est entrée déjà trois fois dans le service.

Les signes groupés, au dernier séjour, étaient :

A droite : En avant : sonorité diminuée, râles humides sous la clavicule.

A droite : En arrière : dans la fosse sus-épineuse : submatité, souffle expiratoire et craquements secs.

A gauche : En avant : souffle tubaire sous la clavicule. Craquements secs dans toute la hauteur.

Mêmes signes en arrière.

Expectoration purulente abondante sans bacilles de Koch. Séro-diagnostic faiblement positif à 1/5 et négatif à 1/10.

La malade a été traitée pour une Syphilis pulmonaire par des injections mercurielles et est sortie améliorée après chaque traitement. Depuis sa rentrée dernière elle a des températures élevées (39° 5, 40°), de la cyanose aux lèvres et aux extrémités digitales, un aspect bleuté des téguments ; de la dyspnée très forte, un pouls hypotendu et accéléré à 130, un état général de prostration typhique. L'expectoration est plus rare et ne révèle toujours pas le bacille de Koch. Malgré cela, le tableau clinique impose le diagnostic de granulie. La malade succombe 10 jours après.

A l'autopsie on trouve disséminées :

1° aux deux sommets, des gomme à centre granuleux, fortement coloré par l'hématéine, à capsules scléreuses épaisses.

2° des dilatations bronchiques très marquées au tiers moyen avec de vraies cavités bronchiques sinueuses, serpigneuses et beaucoup de vaisseaux néo-formés.

3° dans le poumon, des néo-cavités alvéolaires, arrondies irrégulièrement avec un épithélium cubique, desquamé par places.

4° des altérations vasculaires accentuées avec hyperplasie de la tunique musculaire et des fibres élastiques, des lésions de phlébite et d'endartérite oblitérantes.

5° des nappes de sclérose diffuse, indépendantes des bronches et des vaisseaux.

6° une Tuberculose récente généralisée aux deux poumons sous forme d'effervescence granulique opaque; quelques granulations cependant ont subi la transformation scléreuse.

Il s'agit d'un cas évidemment de Syphilis pulmonaire, qui évoluait favorablement depuis dix-huit mois, grâce au traitement spécifique et qu'une poussée de granulie a terrassé.

OBSERVATION VI

X..., 62 ans, salle Saint-Roch, lit 13.

La malade vient du service du professeur Rollet où elle a été soignée pour iritis. Entre dans le service du professeur Roque pour bronchite.

L'interrogatoire de la malade apprend deux fausses couches et cinq enfants dont trois sont morts dès les premiers mois. Elle nie la Syphilis et a un Wassermann négatif. Semble cepen-

dant très suspecte au point de vue spécificité. Le professeur Rollet considèrerait son iritis comme d'origine spécifique. Elle tousse depuis 3 ans et aurait eu trois épisodes aigus de pneumonie, avec températures élevées, durant quatre ou cinq semaines chaque fois. Les troubles respiratoires actuels remontent à un mois.

A l'examen, on trouve de l'emphysème bi-latéral, des signes de bronchite diffuse à *droite* avec sibilances et ronchus.

A gauche : à la base : submatité en arrière, obscurité respiratoire, immobilisation du diaphragme, sinus costo-diaphragmatique obscur : pleurésie sèche certaine. Au sommet : en avant et en arrière : submatité, augmentation des vibrations thoraciques, expiration prolongée.

Expectoration purulente très abondante, sans bacilles de Koch. Le séro-diagnostic est négatif.

Après quinze jours d'hôpital, les symptômes pulmonaires s'amendent tandis que l'iritis s'aggrave. La malade quitte le service et retourne chez le professeur Rollet, qui pratique l'énucléation. Consécutivement, la malade fait un érysipèle de la face qui guérit. Pendant sa convalescence elle fait une nouvelle poussée pulmonaire qui la ramène dans le service trois mois après son départ.

A son entrée, elle présente : une dyspnée très accentuée, une toux quinteuse, incessante, une expectoration pulmonaire massive, une température à 38°2-38°5, un amaigrissement de 5 kilos depuis son dernier séjour.

A l'auscultation, on note les mêmes signes de bronchite diffuse et de pleurésie de la base gauche, avec induration du sommet gauche. La bacilloscopie reste négative.

A la radioscopie : obscurité de la base gauche, pommelures accentuées aux sommets, teinte noire sur le médiastin avec grosses masses ganglionnaires ; pas d'anévrisme.

La malade succomba à une cachexie progressive.

L'autopsie révèle : adhérences fibreuses pleurales aux deux bases, surtout à gauche. Emphysème diffus. Sclérose pulmonaire. Médiastinite très étendue avec paquets de ganglions hilaires et trachéo-bronchiques.

Bronchectasie très nette à droite. Le poumon a l'aspect d'une éponge de caoutchouc. Au sommet gauche, on découvre une série de gommes ramollies avec parois scléreuses épaisses, contenant un pus crémeux. Or, l'examen de ce pus, pratiqué par M. Lévi, démontrait la présence du bacille de Koch.

Cette observation, où il s'agit bien certainement d'une Syphilis pulmonaire à forme scléreuse, avec dilatations bronchiques et gommes du sommet, démontre l'hybridité par tuberculisation secondaire des gommes.

Dans tous ces cas, le traitement spécifique doit être institué très énergiquement et donne des résultats. On peut espérer, dans ces lésions hybrides, la disparition et la guérison de tout ce qui est d'origine syphilitique et il est incontestable que, dans ces modifications du terrain par le traitement, on agit même sur les lésions franchement tuberculeuses, en diminuant la tendance ulcéro-caséreuse et en favorisant la sclérose.

Cette modification du terrain apparaît nettement dans l'observation suivante, que nous devons à M. le professeur Roque :

OBSERVATION VII

X..., 41 ans.

Impotent depuis 7 ans, accomplit son 8^e séjour dans le service. Son père est mort accidentellement à 41 ans et sa mère en

fausse couche, après avoir eu dix enfants dont neuf morts avant 4 mois ; il est le seul survivant de sa famille.

Il a eu une maladie grave, qui a duré dix-huit mois et a mis ses jours en danger : pseudo-rhumatismes avec ostéites multiples, pour lesquels on a porté le diagnostic de Syphilis héréditaire. Le malade sait, depuis son enfance, qu'il est syphilitique. Il a, du reste, une déformation palatine marquée et une réaction de Wassermann positive.

A 34 ans, les accidents pulmonaires débutent chez lui par une pleurésie gauche qui a guéri sans ponction. Depuis, c'est un toussueur, qui rentre souvent à l'hôpital.

Expectoration purulente, hémoptysies fréquentes. Jamais de température élevée ; cependant, à chacun de ses séjours dans le service, on note environ 38° à l'entrée.

On n'a jamais trouvé de bacilles de Koch dans ses crachats.

A l'examen, on note de l'emphysème très marqué avec les signes classiques, une induration scléreuse des deux sommets (rudesse du murmure, submatité, augmentation des vibrations, pas de râles), une bronchite diffuse avec sibilances et ronchus bilatéraux et très variables. Depuis 10 mois la localisation se précise à gauche, en arrière, avec signes cavitaires (souffle tubaire, gargouillements).

A la radioscopie, ombre légère aux sommets s'éclairant mal après la toux ; pommelures éparses dans les deux poumons. A la base gauche : ombre diffuse effaçant complètement le sinus costo-diaphragmatique.

Le malade est très amaigri, mais n'est pas cachectique. Pas de température, pas de bacilles de Koch. Séro-diagnostic faiblement positif.

On institue un traitement au néo-Salvarsan dont on pratique six injections de semaine en semaine.

L'amélioration est extrême ; l'état général remonte rapidement. L'expectoration est diminuée des trois quarts. Ronchus

et sibilances disparaissent ainsi que les râles humides. On ne retrouve plus qu'un souffle à la base gauche.

On pratique à nouveau l'examen des crachats et on met en évidence la présence du bacille de Koch.

Le malade quitte l'hôpital, amélioré considérablement, et n'est plus revu.

Il s'agit là encore d'une Syphilis pulmonaire, chez un hérédo, avec caverne de la base et tuberculisation secondaire. Le traitement spécifique améliore d'une façon indiscutable l'hybridité en modifiant le terrain d'évolution.

Cette action heureuse du traitement apparaît même en cas de Syphilis simplement supposée. Les faits cliniques autorisent à dire que, dès l'institution du traitement, le foyer se déterge et s'améliore de façon plus rapide qu'il ne le faisait sous l'influence de la cure hygiénico-médicamenteuse anti-bacillaire. Avec l'autorisation de M. le professeur agrégé Froment, nous avons pu suivre une malade à l'hôpital de Croix-Rousse à Lyon. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'une lésion bacillaire localisée au sommet gauche avec infiltration s'étendant jusqu'à la ligne scissurale supérieure. L'examen des crachats fut positif. Aucun symptôme de spelongue ou d'évolution vers la spelongue ne s'affirmait. Il semblait plutôt s'agir d'une tuberculose torpide évoluant sur un fond fibreux. La malade n'accusait aucun signe révélateur de Syphilis ou d'hérédo-Syphilis. Les troubles toxhémiques étaient notables (amaigrissement, anémie prononcée, tachycardie, sueurs profuses). Le traitement anti-bacillaire n'amena guère de changements. Devant les caractères de cette infiltration en surface, on admit

la possibilité d'une lésion hybride et on institua le traitement spécifique. La malade étant fébrile, le néo-arsénobenzol fut injecté à doses faibles et non progressives : 0 gr. 15 tous les 5 jours. Ce traitement d'épreuve donna rapidement des résultats. On nota, chez la malade, une disparition progressive des signes toxhémiques avec une euphorie persistante. Si les signes sthétoscopiques furent moins éloquents, l'expectoration baissa considérablement, l'appétit augmenta et la malade gagna plusieurs kilos en deux mois.

Les auteurs signalent, du reste, qu'en cas de lésion hybride supposée — et simplement supposée — « le traitement spécifique arrête très vite les hémoptysies subintraçantes, qui menaçaient la vie du malade » (Sabourin). Dans ces formes hybrides — du moins, en apparence — on peut toujours se demander si la lésion est plutôt bacillaire ou plutôt tréponémique, ou encore si la Syphilis ne fait pas que modifier le terrain local sur lequel évolue le foyer tuberculeux, empêchant ce dernier de guérir tant que le traitement spécifique n'est pas institué ?

II. — Une autre éventualité clinique est réalisée lorsque la Tuberculose vient s'implanter sur une Syphilis ancienne ne comportant pas de lésions en évolution. A ce moment, le terrain de réceptivité s'est complètement modifié : l'organisme s'est remis du grand « branle-bas » qui l'a secoué lors de l'intoxication tréponémique et il ne subsiste qu'une imprégnation humorale, constituant le « terrain syphilitique » décrit par Sergent. Or, ce terrain syphilitique engendre des qualités humorales spéciales et est caractérisé par une tendance au processus de sclérose. Cette action sclérogène de la Syphilis est

unanimentement reconnue et le fait clinique est que, dans ce mode d'association morbide, le terrain syphilitique est fréquemment peu favorable à la marche envahissante de la Tuberculose et que celle-ci affecte alors les allures de la phtisie fibreuse bénigne ou celle de la sclérose pulmonaire avec bronchectasie. Action heureuse de la Syphilis sur la Tuberculose que Landouzy mettait en évidence quand il disait, à propos des anciens syphilitiques, « qu'ils répondent d'ordinaire à la Tuberculose en sclérogénisants qu'ils sont. » Dans ce cas, le Bacillose tout en étant phénomène essentiel et la Syphilis n'évoluant que d'une façon concomitante, il s'agit pourtant d'une phtisie développée sur un terrain spécial, créé par les toxines favorisantes du spirochète. Aussi, s'il est vrai que, dans ce cas, les lésions pulmonaires ne sont plus des hybrides, qu'elles sont purement tuberculeuses, il n'en est pas moins certain qu'elles restent justiciables du traitement de la Syphilis, qui agit en modifiant le terrain et qui, par cette modification du terrain, améliore indirectement la Tuberculose, ainsi que le montre l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

(inéдите, due au docteur Dornoy)

A. . , 56 ans.

Malade vu, une première fois en 1912, pour bronchite et hémoptysie (tuberculose du poumon droit), à l'occasion d'un examen administratif : A fait la campagne 1914-18, en partie au

front, en partie à l'intérieur, sans présenter d'accidents aigus. En décembre 1918, le malade est revu et l'on constate : pleurésie sèche de la base droite, emphysème pulmonaire bilatéral, sommet droit mat, à vibrations exagérées avec quelques craquements circonscrits (pièce de cinq francs) au niveau de la zone d'alarme. Aortite très nette qui oriente l'interrogatoire des antécédents. On apprend alors que le malade avait contracté un chancre en 1889, chancre dont on retrouve la cicatrice indurée. Gros ganglion inguinal bi-latéral, ganglions épitrochléens, petit ganglion sus-claviculaire, inégalité pupillaire monolatérale droite. A été traité par potions et pilules.

Expectoration abondante à bacilles de Koch nombreux, dyspnée très marquée, sueurs nocturnes profuses, amaigrissement considérable, tachycardie avec douleur précordiale, perte d'appétit, psychasténie.

Pas d'autres troubles des réflexes, de la parole, ni de la marche. Wassermann fortement positif.

Pression artérielle (Riva-Rocci) : $Mx = 16$, $Mn = 8$.

La radioscopie montre des tâches ombrées au niveau du sommet droit et des noyaux crétacés dans la région pré-hilaire droite. Aorte légèrement dilatée. Ombre médiastinale augmentée. Légère sinistocardie. Le diaphragme paraît figé, le sinus costo-diaphragmatique ne fonctionne pas. Pas de liquide appréciable.

Le traitement au 914, auquel est soumis le malade (8 injections intraveineuses dont les trois dernières à 0 gr. 90), ne donne lieu à aucun incident cardiaque. Commencé en décembre 1918, il est repris en mars suivant après un mois de repos, pendant lequel le malade reçoit du cyanure de mercure à 0 gr. 01 tous les deux jours. Régime hypo-acide. Repos partiel sans arrêt complet d'un travail de bureau assez fatigant.

Dès la 1^{re} série d'injections, le malade note une amélioration très nette des symptômes subjectifs : appétit augmenté, eupho-

rie, disparition presque complète des sueurs, dyspnée moindre; le poids a augmenté de 3 kilos 500. Après la 2^e série de 914, ce mieux s'accroît considérablement. A l'auscultation, on note la persistance de frottements à la base droite, mais la disparition totale des craquements, perçus l'année précédente, à la zone d'alarme.

Pression artérielle (Riva Rocci) Mx = 14, Mn = 9.

Actuellement, le malade a vu son état s'améliorer d'une façon constante et progressive.

Le 12 juin 1920, un examen bactériologique des crachats, après homogénéisation, affirme l'absence de tout bacille de Koch.

Conclusion: Infiltration tuberculeuse droite, à évolution lente, remontant au moins à 8 ans chez un syphilitique ancien, dont l'infection date de 31 ans. Amélioration nette après le traitement arsénico-hydrargyrique. Continuation du traitement et transformation complète de l'état du malade, en moins de deux ans, avec arrêt du processus tuberculeux.

En principe, on peut expliquer ce pronostic heureux qui résulte de l'association d'une Tuberculose et d'une Syphilis ancienne en faisant ressortir l'action fibrosante et sclérosante du tréponème sur le terrain tuberculeux. Cette explication rime bien avec les notions classiques que l'on a sur la tendance sclérogène des infections syphilitiques. Il est certain que la Tuberculose peut évoluer d'elle-même vers la sclérose et point n'est besoin pour un phthisique de contracter la vérole pour assister à l'organisation de sa lésion bacillaire, néanmoins nous croyons que la Tuberculose voit cette orientation vers

l'évolution fibreuse sérieusement accrue du fait du pouvoir sclérosant de la Syphilis.

La sincérité de la discussion doit, il est vrai, admettre des hypothèses différentes : chez ce tuberculeux, syphilitique de longue date, s'agit-il simplement d'une phtisie, greffée sur le terrain syphilitique ? Est-on en présence de vrais syphilômes, poussés sur un terrain bacillaire ? Est-ce enfin une lésion hybride ? Il nous semble cependant, en conclusion, que l'action sclérosante de la Syphilis soit une explication tentante et qu'en dernière analyse, l'imprégnation syphilitique soit capable de modifier le terrain tuberculeux de la façon la plus heureuse, puisque le sujet s'améliore bien plus vite par l'institution du traitement spécifique qui jugule le processus bacillaire.

CHAPITRE IV

PRÉPARATION DU TERRAIN TUBERCULEUX PAR UNE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

La prédisposition à la Tuberculose, engendrée par la Syphilis, s'étend à la descendance de l'individu. Si le virus tréponémique ne passe pas toujours à l'hérédosyphilitique (beaucoup d'hérédos sont parfaitement robustes), le *terrain syphilitique* est un héritage constant pour les enfants dont les parents subirent l'infection du spirochète. Et, de ce fait, l'hérédos possède une prédisposition marquée à la genèse et à l'évolution de la Tuberculose. Pour Hutinel, les enfants cavitaires sont toujours hérédosyphilitiques. Au congrès de la Tuberculose, en 1905, de Dominici signalait cette relation étiologique en affirmant : « La Tuberculose, de préférence chez les enfants, est cultivée sur un terrain syphilitique. » Ainsi deviendront tuberculeux les enfants, non syphilitisés, mais « *syphilinés* » du syphilitique : « la syphilisation du père a préparé le terrain pour la tuberculisation du fils » (Sergent).

L'éclosion de la Tuberculose chez l'hérédosyphilitique comporte certaines particularités d'évolution. Chez les tout jeunes enfants, la phtisie prend souvent le masque

de la bronchopneumonie à forme plus ou moins rapide. Plus rarement, elle donne naissance à des cavernes. Dans ce cas, il s'agit alors de lésions hybrides constituées par de vraies cavernes tuberculeuses (ainsi que le prouve la constatation du bacille de Koch) édifiées sur un terrain syphilitique. Il est certain que le tissu des gommès syphilitiques, constituant un excellent terrain pour la germination du bacille de Koch, on peut supposer que la syphilis pulmonaire a précédé la Tuberculose. Quoi qu'il en soit, le pronostic est le même si on a eu soin d'instituer le traitement spécifique, qui améliore une hybridité syphilo-tuberculeuse et modifie très avantageusement une Tuberculose développée sur un terrain syphilitique.

Cette modification du terrain, moins nette chez les tout jeunes enfants, est considérable dès l'institution du traitement spécifique chez les adolescents ou les adultes. Même avec la formation de spelongues indiscutables, on assiste à de longues survies. Le cas de notre observation VII, précédemment relatée, en est un exemple : Cet hérédo-syphilitique, chez qui une tuberculisation intercurrente avait créé une caverne, a vu son état s'améliorer considérablement après un traitement spécifique complet qu'il subit dans le service du professeur Roque. Quand le processus ulcéro-caséeux n'est qu'à son début d'évolution, la modification du terrain tuberculeux par le traitement spécifique est encore plus appréciable ; témoin l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. Dumarest, du sanatorium d'Hauteville :

OBSERVATION IX

(résumée)

« J'ai vu dernièrement un jeune malade, chez lequel j'étais surpris de voir des lésions bacillaires, bénignes en apparence, résister d'une façon anormale au traitement ordinaire. Je fis part de cette particularité au médecin qui m'avait adressé le malade. Celui-ci me répondit alors qu'il croyait bien faire de me signaler qu'il avait soigné autrefois le père du malade pour Syphilis. Je n'hésitai pas dès lors à instituer un traitement mercuriel et ioduré, qui amena une amélioration immédiate et considérable dans l'évolution des lésions tuberculeuses. »

Chez les enfants hérédosyphilitiques, la Tuberculose ne revêt pas toujours la forme ulcéro-caséreuse pour aboutir à la spelongue ; l'évolution fibreuse se présente fréquemment, avec une forme torpide, simulant l'emphysème ou la bronchite chronique à type asthmatiforme. Cette évolution semble comparable à celle que revêt la tuberculose chez les vieux syphilitiques : même tendance sclérogène par les toxines favorisantes du spirochète qui a créé le terrain syphilitique, mêmes modifications du terrain, avec leur répercussion heureuse sur le processus bacillaire, par le traitement spécifique : Témoin, le fait clinique suivant :

OBSERVATION X

(inédite, due au docteur Dornoy)

X... , 9 ans.

Antécédents héréditaires : Père atteint de diplopie pendant la guerre. Bordet Wassermann positif. A été soigné, avec succès, par des injections intra-veineuses de 914.

Antécédents collatéraux : Néant.

Antécédents personnels : Rougeole à 5 ans avec broncho-pneumonie consécutive ayant entraîné une longue convalescence. Depuis cette époque, bronchites fréquentes, développement médiocre, peu d'appétit. Depuis six mois, toux coqueluchoïde, dyspnée d'effort, évolution lente d'une petite tumeur cervicale gauche, qui a atteint plus tard le volume d'une orange. Le malade a été vu par trois médecins, qui ont prescrit des anti-spasmodiques (bromoforme, œthone et les iodes organiques) sans résultat appréciable.

Le père amène le petit malade parce qu'il a maigri de 2 kilos 500 le mois dernier et a présenté, la veille, des crachats hémoptoïques.

Examen : Enfant chétif, à thorax étroit, légèrement voussuré au niveau de l'articulation manubrio-sternale. Sternum en entonnoir. Lacis veineux de la poitrine très prononcé aux sommets. Chapelet chondro-sternal. Genoux globuleux ; ventre saillant. Faciès légèrement asymétrique, dolychocéphalie. Dents striées verticalement à bord libre concave, pas de caries apparentes, microodontisme des incisives et des canines. Grosses amygdales, obstruant l'isthme ; au miroir, on constate des

végétations adénoïdes du cavum. Fosses nasales athrésiées sans suppuration. Peau et muqueuse décolorées. Adénite cervicale gauche non suppurée de la région sterno-cléido-mastoi-dienne dans son tiers inférieur.

Le petit malade tousse et crache quotidiennement. Quelques filets de sang dans les crachats.

Bacilles de Koch rares : 1 par cinq champs (après homogénéisation). Flore associée peu abondante (pneumococques, streptococques).

Appareil respiratoire : à droite : dans la zone hilare, matité, vibrations augmentées, expiration très soufflante. Signe d'Espine positif.

A gauche : Dans les zones sus et sous-claviculaires, matité, vibrations augmentées, inspiration rude, expiration très soufflante et prolongée. Dans la zone sus-épineuse, matité, vibrations augmentées, expiration soufflante, quelques craquements très nets à l'inspiration. Dans la zone d'alarme, matité, vibrations augmentées, signe d'Espine positif dans la région hilare. Quelques frottements à la base.

Radioscopie : Tâches ombrées diffuses du sommet gauche. Légères marbrures au niveau de la zone d'alarme. Quatre noyaux, vraisemblablement crétacés, dans la région pèrihilaire gauche. Ombre médiastinale volumineuse avec ganglions pèrihilaire. Cœur et aorte normaux. Le diaphragme se soulève mal à gauche, la course du sinus est incomplète.

Appareil digestif : Foie légèrement hypertrophié, à limite supérieure normale, à limite inférieure dépassant de 2 travers de doigts le rebord des fausses côtes. Le gros intestin est ballonné, non douloureux.

Appareil circulatoire : Cœur normal. Pouls à 90. Tension artérielle au Riva-Rocci : $Mx = 14$, $Mn = 9$.

Appareil génito-urinaire : Cryptorchidie gauche. Phimosis. Incontinence d'urine.

Système nerveux : Enfant intelligent, d'une émotivité exagérée. Insomnies fréquentes. Pas de troubles des réflexes, pas de signes pupillaires.

Hématimétrie : 3.800.000 globules rouges. Formule leucocytaire normale.

Hémoglobininétrie : (Gowers) : 70 %.

Wassermann fortement positif.

Traitement : Injections d'Hectargyre tous les 2 jours, pendant un mois.

Frictions quotidiennes de pommade mercurielle simple. Régime de Ferrier.

Cure de repos ; aération, forte alimentation chez lui (en ville).

Le malade, revu après quinze jours de traitement, présente une réduction de moitié de l'adénite cervicale.

Après deux mois de traitement, elle a complètement disparu. L'anémie est très améliorée (4.200.000 globules rouges) et l'hémoglobininètre à 85 %.

Après homogénéisation, on ne retrouve pas de bacilles de Koch dans les crachats. Le petit malade a engraisé de 2 kilos.

A l'auscultation, l'expiration est moins soufflante ; les recherches les plus minutieuses ne permettent pas de retrouver les craquements.

Deux mois plus tard, l'amélioration a progressé : l'état général a suivi l'évolution parallèle : l'appétit et les forces sont revenues, l'enfant n'est plus apathique et se mêle aux jeux de ses camarades. Le poids a augmenté encore de 1 kilo 800 (constaté par le médecin).

Notons concomitamment la disparition de l'incontinence d'urine. La base du traitement a été la cure arsenico-hydrargyrique.

En résumé, voici un enfant, prototype d'hérédo-syphilitique, chez qui le tableau classique de son état s'est compliqué d'une Tuberculose pulmonaire, simulant une condensation du poumon gauche avec infiltration au niveau de la région hilare et adénopathie cervicale et trachéo-bronchique. Un traitement arsenico-hydrargyrique est institué et, en 4 mois, l'évolution du terrain tuberculeux est telle que les signes sthétoscopiques et microscopiques des lésions bacillaires ont presque complètement cédé.

Dans ce cas d'association de Tuberculose juvénile et de Syphilis héréditaire, la cure instituée uniquement contre la Tuberculose s'épuise trop souvent sans amélioration notable. Dès l'institution du traitement spécifique, au contraire, l'état général s'améliore, le processus tuberculeux s'arrête, les lésions pulmonaires, pour n'être pas toujours guéries, sont, en tous cas, améliorées à un point que « la partie semble gagnée », suivant l'expression de Sabourin, « le reste ne semblant plus devoir être qu'une convalescence plus ou moins longue suivant la résistance de l'organisme. »

CHAPITRE V

PRÉPARATION DU TERRAIN TUBERCULEUX PAR UNE SYPHILIS ANCESTRALE

Reste une dernière question, beaucoup plus troublante, beaucoup plus hypothétique, mais à grand intérêt clinique. Point n'est besoin, en effet, qu'un tuberculeux ait eu la vérole pour évoluer vers la phtisie fibreuse. Dès lors, on peut se demander s'il ne convient pas d'admettre l'ancestralité spécifique à longue portée ?

Etant donnée l'influence prépondérante du terrain sur le développement de la Tuberculose, étant prouvé que la contamination par le spirochète crée un terrain éminemment favorable au développement ultérieur du bacille de Koch, il y a lieu de savoir si une contamination syphilitique ancestrale, à l'exclusion de toute lésion hérédo-syphilitique, ne provoque pas chez les descendants cette préparation du terrain tuberculeux, favorable à l'éclosion de la bacillose et à son évolution fibreuse, sous l'influence du traitement spécifique ?

Il est infiniment probable que chez les descendants de syphilitiques, il y en a un grand nombre qui naissent sans contamination apparente, sans hérédo-syphilis, mais qui auraient hérité, malgré cela, d'une prédisposi-

tion ancestrale, du fait de l'imprégnation de leurs tissus et de leurs humeurs par les toxines spirochètiques de leurs ascendants.

De tels sujets ne sont pas des hérédos, puisqu'ils sont susceptibles de contracter la Syphilis ultérieurement, mais il n'en est pas moins vrai qu'ils naissent avec un terrain modifié imprégné des toxines tréponémiques de leurs parents et que ce terrain est un milieu de culture favorable pour le bacille de Koch, à la faveur d'une contamination accidentelle. On est amené dès lors à penser que la Tuberculose pulmonaire n'est peut-être qu'une conséquence indirecte de l'hérédité de terrain syphilitique? Sergent, à ce propos, déclare: « Dans tous les cas où je connaissais la famille de mes tuberculeux, j'ai toujours trouvé la Syphilis chez le père. » (In « Syphilis et Tuberculose ».)

Il s'agirait alors de Tuberculose, non plus greffée sur une hérédo-Syphilis ancienne et éteinte, mais d'une infection bacillaire qui serait le résultat d'une simple imprégnation humorale, transmise héréditairement à l'exclusion de toute transmission de virus syphilitique.

Il ne suffit donc pas, en face d'une Tuberculose constatée, de s'assurer qu'elle éclôt chez un hérédo-syphilitique, mais encore, avant d'abandonner toute idée de traitement spécifique, de fouiller les antécédents du malade, de s'assurer qu'il n'a pas une Syphilis dans ses antécédents héréditaires, syphilis ancestrale qui, par l'imprégnation transmise, aurait favorisé l'éclosion de la Tuberculose, laquelle reste alors justiciable du traitement spécifique.

Le fait envisagé est d'autant plus troublant que chez

ces individus, qui — nous le répétons — ne sont pas des hérédosyphilitiques, mais ont une simple imprégnation ancestrale, la Tuberculose se développe facilement à la faveur de cette préparation du terrain, à laquelle il faut songer et qu'il convient de savoir rechercher minutieusement, la Tuberculose prenant toujours une forme bien différenciée et la signature bacillaire étant dès lors difficile à mettre en évidence. Nous visons là ces cas de sclérose pulmonaire avec emphysème et bronchite chronique. Un examen superficiel ne révélerait pas la Syphilis ancestrale, qui ne semble pas en cause, puisque le malade n'est pas hérédosyphilitique ; l'examen local ne permettrait de trouver ni lésions différenciées, ni constatation du bacille de Koch : d'où l'abandon de l'idée de Tuberculose. Et cependant, ces scléroses viscérales sont l'œuvre d'un double processus de toxi-infection qui se traduit par l'imprégnation toxique tréponémique venant des parents, modifiant le terrain, favorisant l'implantation du bacille de Koch et la création d'une sclérose, d'apparence banale, mais qui, en réalité, est une sclérose tuberculeuse chez un sujet à imprégnation syphilitique.

De telles considérations ont une importance primordiale si, comme on peut l'espérer a priori, dans ces cas, l'institution du traitement spécifique est susceptible, en modifiant le terrain, d'arrêter ou d'enrayer la marche de ces scléroses infectieuses secondaires. A l'appui de ce pronostic heureux, nous reproduisons une observation de Tuberculose, développée sur une Syphilis ancestrale, que nous devons à l'aimable obligeance de M. le docteur Gimbert, de Cannes.

OBSERVATION XI

M... X..., 28 ans.

Occupant une situation qui l'oblige à une activité importante, a toujours eu l'apparence de la santé. Une sœur, plus jeune que lui, a une santé excellente. Pourtant son teint est cholémique et pâle, rappelant cet aspect que l'on a reconnu depuis comme fréquent chez les sujets atteints d'ictère hémolytique.

Il nie toute syphilis et n'en présente aucun stigmat. Or, depuis un an, à la suite d'une grippe banale et sans localisation pulmonaire autre qu'une bronchite légère ; cet homme maigrit et perd ses forces. La température n'est jamais retombée à la normale de façon stable et elle s'élève par l'effort.

À l'examen, il présente, à l'auscultation, des signes d'induration du sommet droit avec pleurite (submatité sans hypervibrations, respiration très diminuée, bronchophonie, rugosités pleurales) ; Adénopathie cervicale monolatérale.

L'expectoration muqueuse est exceptionnelle.

À ne considérer que ce tableau d'ensemble, on interprète ces signes comme séquelle de grippe, on porte un pronostic favorable et on prescrit une hygiène sévère avec repos, suralimentation relative, calcification ; localement une révulsion répétée sur le sommet.

Six mois plus tard, bien que le malade ait suivi scrupuleusement le traitement ordonné, l'état s'est aggravé. Localement, à l'extrême sommet et vers l'interlobe, quelques râles humides discrets éclatent à la toux. L'expectoration est constante, quoique peu abondante ; elle contient du bacille de Koch. L'état général a considérablement fléchi, l'amaigrissement est très important, la température, bien que peu élevée, est constante, le soir, autour de 38°.

Après un été, passé à la montagne dans d'excellentes conditions, les signes locaux semblent s'être fixés ou tout au moins ne plus progresser ; il n'en est pas de même de l'état général, qui est très précaire : l'anémie s'est accentuée, le teint est très pâle, l'amaigrissement est de 15 kilos, la tension artérielle à 14 (Potain).

C'est alors que, bien que le malade nie toute Syphilis (le Wassermann n'était pas encore couramment de la pratique), on pense, en présence du caractère peu extensif de cette lésion pulmonaire, donnant des signes d'induration en surface et peu de symptômes d'infiltration, avec, au contraire, de la défaillance progressive de l'état général, à essayer du traitement spécifique.

Les arsenicaux n'étant pas encore employés, on essaie du biiodure, injecté à doses progressives, en commençant par 1 centigramme et en continuant par séries de 15 piqûres, avec 15 jours de repos.

Ce fut aussitôt une résurrection.

Dès le mois suivant, la chute de poids s'est arrêtée, les forces reviennent, la tension artérielle remonte.

Au bout de trois mois, le malade a engraisé de plusieurs kilos, l'état général est amélioré d'une façon considérable, la symphyse pleurale du sommet est complète. L'expectoration est exceptionnelle, mais toujours positive.

Le malade s'est ainsi traité pendant 2 ans consécutifs ; le biiodure a toujours été parfaitement supporté, sans incidents congestifs pulmonaires ; par contre, il semble avoir réactivé l'imprégnation spécifique et nous avons observé l'apparition d'une leucoplasie linguale et commissurale.

Aujourd'hui, le sujet est complètement guéri. Il a repris ses occupations, s'est marié et a des enfants très bien portants.

Fait capital à noter : *son père vient de mourir d'une cirrhose hépatique syphilitique.*

Ce fait clinique est d'une clarté suffisante pour démontrer toute l'importance du diagnostic complet, en matière de Tuberculose. En l'absence de tout stigmatisme de Syphilis ou d'hérédo-syphilis, il faut songer toujours à la possibilité d'une imprégnation spécifique ancestrale à l'origine de l'infection bacillaire. S'il est vrai, comme l'a dit Sergent, que « la Tuberculose pulmonaire, abstraction faite de toute association évidente, doit trouver sa place dans une étude sur les manifestations de l'hérédité syphilitique », on conclut que le traitement spécifique apparaît, dans bien des cas, comme un facteur puissant d'amélioration, sinon de guérison, en matière de Tuberculose pulmonaire.

APPENDICE

Nous ne saurions mieux terminer cette étude qu'en transcrivant intégralement les communications que nous avons eu l'honneur de recevoir de MM. les docteurs Sabourin et Dumarest, grâce à la recommandation de M. le professeur Roque, au sujet de « l'influence de la Syphilis sur la Tuberculose pulmonaire » :

I. — Lettre de M. Sabourin, du sanatorium de Durtol

« J'envisage la combinaison syphilo-tuberculeuse, au point de vue pulmonaire sous plusieurs aspects :

1° *Lésions tuberculeuses et syphilitiques isolées, coexistant sur le même sujet* : Un phtisique porte une lésion tuberculeuse de l'un ou des deux sommets, plus une lésion, généralement d'aspect pneumonique, déjà cavitaires ou non, située dans le même poumon ou dans le poumon opposé, le plus souvent dans la zone médiastino-scissurale, lésion que rien ne différencie d'un foyer tuberculeux ; l'expectoration est bacillifère.

L'histoire du malade conduisant à suspecter la Syphilis, on institue le traitement spécifique. Avec une rapidité vraiment insolite, en quelques semaines, ce foyer pleuro-pneumonique se déterge, s'efface, disparaît ou à peu

près, pendant que le ou les foyers de tuberculose nodulaire du sommet s'améliorent lentement, comme le font les lésions bacillaires d'une façon générale.

L'évolution clinique est tellement nette pour les deux espèces de lésions qu'il est difficile de mettre en doute la concomitance de la bacillose et de la Syphilose en foyers séparés.

2° *Lésions hybrides syphilo-tuberculeuses* : Bien plus communes, à notre avis, uniques ou multiples chez le même sujet. Le plus souvent c'est encore sous la forme pleuro-pneumonique, dans la zone médiastino-scissurale, mais le ou les foyers peuvent fort bien frapper l'apex, surtout en dedans. Les symptômes sont identiquement ceux de la Tuberculose, avec crachats bacillifères, le plus souvent avec phénomènes cavitaires.

On est amené à soupçonner la Syphilis pulmonaire, on institue le traitement spécifique, et le foyer à partir de ce moment s'améliore de façon bien plus rapide qu'il ne le faisait par la cure hygiénique seule ou hygiénico-médicamenteuse anti-bacillaire.

Dans certains cas de lésions hybrides supposées, le traitement spécifique arrête très vite des hémoptysies subintrantes qui menaçaient la vie du malade.

En ces deux formes de syphilo-tuberculose des poumons, l'action favorable du traitement spécifique apparaît tellement frappante que l'on peut se demander si l'hybridité constitue vraiment une complication pour la Tuberculose ? Pour ma part, je crois que les éléments du pronostic résident non pas dans le fait brutal de l'association des deux maladies, mais plutôt dans les qualités vitales et défensives du sujet, mise à part bien

entendu la notion de virulence, de malignité spéciales de l'infection syphilitique.

3^e *Tuberculose juvénile et Syphilis héréditaire tardive* : Cette importance de la valeur organique du sujet apparaît encore très évidente dans certaines associations de la Tuberculose juvénile et de la Syphilis héréditaire, en ce qui concerne le poumon. Il n'est pas rare, en effet, d'observer le cas que voici :

Un adolescent, aussi fréquemment fille que garçon, à type plus ou moins accentué d'hérédo, traîne, depuis son enfance, les misères, les incidents pulmonaires de la prétuberculose (?), avec les stigmates habituels les plus nets de la vérole congénitale. A la puberté, au plus tard vers la vingtième année, la phtisie se montre, qui ouvre les yeux de tous, fébrile, lente, mais continue, pendant que l'examen direct fait voir d'un côté, ou symétriquement des deux, une infiltration bacillaire d'apparence quelque peu pneumonique ou pleuro-pneumonique, soufflante, craquante à râles secs xyloidiens ou xylophoniques, plus ou moins caverneux, sans expectoration au besoin ou avec crachats bacillifères, lésions siégeant le plus souvent sur le lobe supérieur en arrière, couvrant la gouttière vertébrale, perceptibles aussi en avant en bordure du sternum ; d'autres fois à maximum antérieur, sous la clavicule, avec les mêmes caractères et alors perceptibles en arrière dans la gouttière vertébrale, comme il arrive dans tous les foyers médiastino-scissuraux. Cela dure des mois sans grande tendance à l'amélioration ni à l'extension. Il semble que cela se soit fait comme la pleuro-pneumonie nécrosante, d'un seul coup, mais le ramollissement franc ne s'y fait que très tard,

quand le sujet est épuisé par la fièvre sans fin et la déchéance consécutive.

La cure instituée contre la Tuberculose s'épuise trop souvent sans résultats remarquables : les malades se tiennent bien mais ne guérissent pas. Arrive le traitement spécifique et graduellement s'effacent la matité, le souffle ; les craquements s'atténuent, les bruits cavitaires font place aux froissements superficiels et les reliquats de ces foyers si menaçants peuvent être insignifiants ; en même temps, la fièvre a baissé, est tombée ; le malade n'a pas guéri sa Tuberculose, car il présente encore des signes variables des sommets, mais la partie semble gagnée, le reste ne paraissant plus devoir être qu'une convalescence plus ou moins pénible, suivant les lésions bacillaires et suivant la résistance de l'organisme.

Dans ces cas, tout semble bien démontrer que la Syphilis pulmonaire complique sérieusement la bacillose de vieille date, mais qu'elle ne l'influence guère et qu'elle ne lui donne pas, en tous cas, le coup de fouet fatal.

D'ailleurs, en présence de ces formes hybrides, on peut toujours se demander si la lésion est plutôt bacillaire ou plutôt tréponémique, ou encore si la Syphilis ne fait pas que modifier le terrain sur lequel évolue la Tuberculose, empêchant cette dernière de guérir tant que le traitement spécifique n'a pas été institué.

4° *Syphilis greffée sur tuberculose* : Dans ce mode d'association tuberculo-syphilitique, les faits montrent que la Syphilis, venant compléter une Tuberculose en évolution, ne comporte pas fatalement un pronostic grave

et que celui-ci semble alors dépendre bien plus de la qualité du sujet que de l'entrée en scène du tréponème, mise à part, bien entendu, la notion de la malignité de cette dernière infection.

5° *Influence fibrosante et sclérosante de la Syphilis sur la phtisie pulmonaire* : Elle est autrement délicate à déterminer. En principe, elle satisfait l'esprit et rime bien avec ce que l'on sait de la tendance sclérogène des infections tréponémiques. Malheureusement, pour la sincérité de l'explication, la bacillose en fait tout autant et point n'est besoin pour un tuberculeux de devenir syphilitique pour faire de la phtisie fibreuse, à moins que l'on admette l'ancestralité à longue portée.

Dans cet ordre d'idées, les faits les plus purs sont du genre que voici :

Un tuberculeux chronique porte depuis longtemps, deux, trois ans et plus, des lésions bacillaires du sommet, avec ou sans foyers pleuro-pneumoniques juxta-médiastiniques ou autres, donnant des bruits caverneux tout cela environné d'infiltrations plutôt superficielles plus ou moins étendues sur le ou les lobes supérieurs, principalement avec participation des scissures.

L'expectoration, bacillifère, comprend des nummu-laires francs et des crachats plus petits, moins compacts, traduisant le catarrhe sous-pleural. L'état général reste bon, les lésions ne s'aggravent guère s'améliorent même un peu par la cure hygiénico-médicamenteuse de la tuberculose.

Mais le sujet est syphilitique depuis 5, 10, 15, 20 ans, a été plutôt soigné en général, il est positif ou négatif au Wassermann. On institue le traitement spécifique con-

curremment avec la cure hygiénique de la phtisie, et rapidement on voit s'améliorer la situation : l'expectoration se fait rare, puis cesse ; les bruits caverneux des foyers se transforment en râles vulgaires, puis en crépitations quelconques, puis en simples froissements cortico-parenchymateux, la matité persiste relative, la respiration reste rude, on a la notion très nette que la pleurite corticale s'est organisée, surtout au sommet, sur les zones médiastines antérieures et postérieures et sur les trajets scissuraux. Mais, en somme, le malade est en guérison apparente, bien plus vite qu'on ne pouvait l'espérer avant l'introduction du traitement spécifique, gardant une infirmité pleuro-pulmonaire variable, d'origine cicatricielle.

Dans ce cas, s'agissait-il d'un phtisique, qui fait simplement sa tuberculose sur un terrain syphilitique ? s'agissait-il de vrais syphilomes implantés dans une région tuberculeuse ? s'agissait-il d'hybrides à proprement parler ? On peut prendre parti au choix, mais il est certain que les partisans de l'action sclérosante de la Syphilis sur la Tuberculose pulmonaire ont beau jeu pour appliquer leur théorie. Ce qui n'est pas douteux c'est que le patient a bien plus vite guéri par le traitement spécifique. C'est ce que nos maîtres du XIX^e siècle avaient bien vu quand ils préconisaient le traitement mercuriel de la phtisie pulmonaire. Il n'en faudrait pas conclure non plus qu'il est souhaitable pour un phtisique d'être syphilitique parce qu'alors il guérira plus vite.

Je ne parle pas ici, bien entendu, des lésions scléreuses fatales, cicatrices résultant des pertes de substances causées par l'évolution caverneuse des gommès

du poumon, qui peuvent être isolées (phtisie syphilitique) ou associées à la tuberculose.

Quant au traitement à instituer, tous les faits que j'ai observés et reconnus m'ont permis de constater que l'urgence absolue n'était pas aux grands traitements spécifiques bruyants, mais que les injections mercurielles suffisaient pour obtenir le résultat désiré. Je ne veux pas dire qu'il doive en être ainsi toujours, mais j'expose ce que j'ai vu. J'ai toujours employé des séries subintrantes d'injections intra-musculaires de Benzoate de Mercure, qui m'a paru toujours exempt de méfaits et de misères sérieuses. »

II. — Lettre de M. Dumarest, du sanatorium d'Hauteville

« A mon avis, la Syphilis dans ses rapports avec la Tuberculose est assez comparable à l'alcoolisme, intoxication sclérosante comme elle. Dans les deux cas, il peut y avoir influence aggravante ou influence favorable. Lorsqu'il y a déchéance générale, altérations organiques ou intoxications profondes, l'influence est fâcheuse et de nature à activer l'évolution de la Tuberculose. En ce qui concerne l'alcoolisme, on pourrait presque distinguer l'alcoolisme-intoxication de l'alcoolisme-imprégnation. Le point de vue trouve sa justification dans ce fait que la Tuberculose est beaucoup plus redoutable pour les hérédito-alcooliques que pour les alcooliques eux-mêmes qui font très souvent de la Tuberculose fibreuse.

En ce qui concerne la Syphilis, une distinction analogue semble valable. Il est certain que le terrain syphilitique — qu'il s'agisse de Syphilis guérie ou d'hérédito-

syphilis — est peu favorable à l'évolution de la Tuberculose, et que celle-ci affecte volontiers, en pareil cas, les allures de la Tuberculose fibreuse bénigne, ou celle de la sclérose pulmonaire avec bronchectasie. Par contre, une syphilis grave, ou survenant chez un tuberculeux en évolution — quelle que soit la préséance des deux affections — peut être une cause d'aggravation. Je crois qu'il faut souscrire, à cet égard, à ce que dit Sergent.

Dans les cas de la première catégorie, je veux dire Tuberculose bénigne sclérogène, il faut songer toujours à la Syphilis. J'ai vu dernièrement un jeune malade chez lequel j'étais surpris de voir des lésions bacillaires, bénignes en apparence, résister d'une façon anormale au traitement habituel. Je fis part de cette particularité au médecin qui m'avait adressé le malade. Celui-ci me répondit qu'il croyait bien faire de me signaler qu'il avait soigné autrefois le père de ce malade pour Syphilis. Je n'hésitai pas dès lors à instituer un traitement spécifique : mercuriel et ioduré, qui amena une amélioration immédiate et considérable dans l'évolution des lésions tuberculeuses.

C'est dire que je suis partisan du traitement spécifique dans les infections mixtes à allure évolutive torpide. J'inclinerais à l'emploi du Néo-Salvarsan, dans les cas où les manifestations syphilitiques sont plus nettes et, dans tous les cas, j'aurais recours aux arsenicaux. »

CONCLUSIONS

I. — Le pronostic grave, qui était celui de l'association morbide Syphilis-Tuberculose, est assez peu souvent une réalité clinique. Les deux infections, se rencontrant chez le même sujet, ne restent pas étrangères : soit qu'elles se combinent en un même infiltrat, soit qu'elles créent une association de terrains, il en résulte toujours un type clinique spécial, à évolution d'autant plus favorable que le traitement spécifique, en agissant sur le terrain syphilitique, modifie également le terrain tuberculeux.

II. — L'éclosion d'une syphilis chez un tuberculeux se traduit par une poussée aiguë momentanée du côté des lésions bacillaires. Si la Tuberculose, franchement évolutive, a entraîné des désordres graves de l'orga-

nisme, l'infection intercurrente sera le coup de fouet mortel, l'évolution bacillaire sera précipitée du fait du surcroît d'infection. Si, au contraire, la Tuberculose est torpide et n'a pas trop entamé les qualités défensives de l'individu, le terrain tuberculeux pourra réagir contre la nouvelle infection. Cette réaction sera l'œuvre du traitement spécifique qui, non seulement enrayer les accidents syphilitiques, en pareil cas, mais jugule aussi le processus bacillaire.

III. — Quand la Tuberculose éclate aux périodes initiales de la Syphilis, l'organisme ne peut supporter le choc de la nouvelle infection, qui vient accentuer le « branle bas » des ravages tréponémiques, surtout s'il s'agit d'une Tuberculose aiguë et fébrile, bien que le traitement spécifique soit susceptible de modifier le terrain et d'enrayer le double processus morbide. Le plus souvent, la Tuberculose revêt une forme apyrétique, à évolution presque latente; dès lors, le traitement spécifique retrouve toute son influence sur le terrain tuberculeux et le pronostic est éminemment favorable.

IV. — A la période tertiaire de la Syphilis, l'éclosion d'une Tuberculose comporte un pronostic heureux, sous réserve d'un traitement approprié. Soit que la Syphilis existe en évolution de lésions pulmonaires, créant ainsi l'hybridité, soit qu'éteinte, elle ne laisse que l'imprégnation humorale des toxines spirochétiques, l'association morbide reste justiciable du traitement

spécifique qui agit sur le terrain tuberculeux, en diminuant la tendance ulcéro-caséreuse et en favorisant la sclérose, vers laquelle l'incline l'action fibrosante de la Syphilis concomitante.

V. — La Tuberculose est une éventualité fréquente pour l'hérédo-syphilitique. Elle y revêt des formes différenciées : cavitaires chez les tout jeunes enfants, fibreuse chez les adolescents ou adultes avec aspect de bronchite chronique, d'emphysème ou de type asthmatiforme. Le traitement anti-bacillaire reste trop souvent sans résultats appréciables. Dès l'institution du traitement spécifique, au contraire, on assiste à la disparition des accidents syphilitiques et à la régression des lésions tuberculeuses.

VI. — Certains descendants de syphilitiques ont hérité, à défaut de virus tréponémique de leurs parents, d'une imprégnation humorale, qui n'en fait pas des hérédo-syphilitiques, mais qui crée chez eux un terrain de prédisposition à la Tuberculose. Celle-ci prend alors la forme de sclérose pulmonaire avec emphysème et bronchite chronique, résultat d'un double processus de toxoinfection : imprégnation syphilitique, venant des parents, modifiant le terrain, favorisant l'implantation du bacille de Koch, et création d'une sclérosé, en apparence banale, mais d'origine tuberculeuse. Dans ces cas, le traitement spécifique, par son action indirecte sur le terrain tuberculeux, enrayer fréquemment la marche de ces scléroses secondaires infectieuses.

VII. — Dans la majorité des cas, la Syphilis semble avoir, d'une façon générale, une action frénatrice, après traitement spécifique, sur la Tuberculose pulmonaire, dont elle avait favorisé l'implantation.

Le Président de la Thèse,
ROQUE.

Vu :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 18 novembre 1920.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT. — Considérations sur la pathogénie et le traitement de la Tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Thèse Paris 1900.
- BARTHÉLEMY. — Syphilis et Tuberculose. Congrès international de la Tuberculose, Paris 1905.
- BÉRIEL. — Syphilis pulmonaire. Stenheil, Paris 1906.
- BRUNELLE. — Lésions hybrides de Syphilis et Tuberculose. Thèse Lille 1890.
- CADE et SAVY. — Société méd. des hôpitaux de Lyon, février 1906.
- CARLE. — L'hérédo-syphilis et son traitement (in « Consultations françaises », Poinat).
- CHAMBRETTE. — Tuberculose infantile chez les hérédosyphilitiques et traitement mercuriel. Thèse Paris 1903.
- DEBONNESSET. — Syphilis héréditaire et Tuberculose. Thèse Paris 1908.
- DIAS. — Syphilis et Tuberculose. Lisbonne 1904.
- DIEULAFOY. — Syphilis du poumon et de la plèvre (in Gaz-hebdo, 1889).
- Phtisie syphilitique (in « manuel de pathologie interne »).

- ELLIOT. — Traitement de la Syphilis chez les tuberculeux
(in « the J. A. M. A., N° 5, avril 1919 », périodique anglais).
- ÉTIENNE. — Association de la Syphilis et Tuberculose (in « Ann. de Dermato et Syphiligraphie, 1896 »).
- FOURNIER. — Traité de la Syphilis.
- GALCOIN. — Hérédo-syphilis et Tuberculose. Bull. méd.,
8 avril 1905.
- GAMBÉRINI. — Syphilis : cause directe des tuberculeux
pulmonaires ?
- GAUCHER. — Ann. de Méd. et Chir. infantiles, 1^{er} juin 1905.
- GRANIER. — Complication de la Tuberculose par la Syphilis.
- GUIDONE. — Symbiose du processus syphilitique et
tuberculeux (in « la Reforma-medica »,
octobre 1893).
- HANOT. — Article « Tuberculose » (in dict. méd. et chir ,
1884).
- JACQUINET. — Contribution à l'étude de la Tuberculose
pulmonaire chez les syphilitiques. Thèse
Paris 1895.
- LANCERAUX. — Traité de la Syphilis, 1866.
- LANDOUZY. — Associations morbides : Syphilis et Tuberculose, Paris 1891.
- LONGIN. — Les hybrides de Syphilis et lupus. Thèse
Paris 1905.
- MANSION. — Syphilis et Tuberculose. Thèse Paris 1900.
- MONTEVERDI. — Gazette des hôpitaux, 1899.
- NICOLAS DE DOMINICIS. — Syphilis et Tuberculose. Congrès
de la Tub. Paris 1905.
- PATOIRE. — Syphilis et Tuberculose. Presse médicale,
janvier 1911.

- PORTER. — The Médical Record, mars 1887.
- POTAIN. — Gazette des hôpitaux 1888, page 1314.
- Semaine médicale, 6 février 1895.
- M^{lle} POUZIN. — Les adénopathies cervicales chroniques chez les enfants hérédosyphilitiques. Thèse Paris 1915.
- RAMONAT. — La Syphilis chez les scrofuleux. Thèse Paris 1883.
- RENON. — Les maladies populaires : étude médico-sociale. Masson, Paris 1904.
- Evolution de la Tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Masson, 1906.
- Tuberculose (in « La Médecine », mai 1920).
- SABOURIN. — Le traitement rationnel de la phtisie.
- SERGEANT. — Syphilis et Tuberculose. Masson, 1907.
- Archives gén. de Médecine, 3 octobre 1905.
- Syphilis et Tuberculose. Congrès de la Tuberculose, Paris 1905.
- Journal des praticiens, 23 octobre 1906.
- Etudes cliniques sur la Tuberculose. Masson, 1905.
- Soc. méd. des hôpitaux, 27 février 1914.
- La Syphilo-Tuberculose. Revue de Médecine 1920, N° 2.
- STIEFFEL. — Influence de la Syphilis sur l'éclosion et l'évolution de la Tuberculose. Thèse Nancy 1884.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
EVOLUTION DE LA QUESTION..	9
CHAPITRE I. — Modifications du terrain tuberculeux et l'évolution tuberculeuse par l'éclosion d'une syphilis..	15
CHAPITRE II. — Préparation du terrain tuberculeux par une syphilis récente..	26
CHAPITRE III. — Préparation du terrain tuberculeux par une syphilis ancienne	33
CHAPITRE IV. — Préparation du terrain tuberculeux par une syphilis héréditaire.....	46
CHAPITRE V. — Préparation du terrain tuberculeux par une syphilis ancestrale	53
APPENDICE	59
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	71

